

Bitte per Telefax 0 69/9 79 64–171 oder per Post an

Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen
 Hanauer Landstraße 150
 60314 Frankfurt am Main

Haben sich Ihre Daten geändert?

▶ **Bisherige Angaben**

Mitglieds-/Rentennummer	Name/Vorname
Anschrift	Geburtstag

▶ **Neuer Name (Nachweis beifügen)**

	Gilt ab
--	---------

▶ **Neue Adresse**

Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Telefon/Telefax/E-Mail	Gilt ab

▶ **Neue Bankverbindung**

Name der Bank	Gilt ab
BIC-Nummer/Swift-Code	
IBAN-Nummer	

▶ **Arbeitgeberwechsel**

Arbeitgeber, Ort	Gilt ab
------------------	---------

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

Hinweise: Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung, telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5a Hess. Heilberufsgesetz).

